

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang ditandai oleh distorsi persepsi, gangguan proses pikir, serta perubahan perilaku dan emosi yang signifikan (Triyani & Warsito, 2019). Gangguan ini tidak hanya menurunkan fungsi kognitif dan sosial pasien, tetapi juga memengaruhi kualitas hidup mereka secara keseluruhan (DiPiro et al., 2023). Keberhasilan manajemen skizofrenia sangat bergantung pada kepatuhan terapi farmakologis jangka panjang, yang memerlukan peran aktif farmasis dalam edukasi penggunaan obat, pemantauan efek samping, dan evaluasi kepatuhan. Sifat kronis dan kompleks skizofrenia menuntut sistem dukungan yang berkelanjutan, dimana keterlibatan pendamping pasien memegang peran kunci dalam memastikan keberlangsungan dan efektivitas terapi.

Jumlah pasien skizofrenia secara global diperkirakan mencapai 24 juta orang dari populasi dunia (World Health Organization, 2023). Di Indonesia, prevalensinya dilaporkan sekitar 3‰, yang secara sederhana dapat diartikan sebagai sekitar 3 kasus per 1.000 penduduk atau diperkirakan sekitar 825.000 kasus secara nasional, sementara Sulawesi Tenggara mencatat angka 2,2‰ atau sekitar 5.940 kasus dari populasi 2,7 juta jiwa (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara sebagai pusat rujukan kesehatan jiwa di wilayah ini mencatat bahwa skizofrenia merupakan diagnosis paling banyak pada layanan rawat jalan. Data kunjungan pasien rawat jalan tahun 2024 menunjukkan bahwa skizofrenia mendominasi dengan total 902 kunjungan, yang terdiri dari skizofrenia tidak terinci (426 kunjungan) dan skizofrenia paranoid (351 kunjungan), jauh melampaui gangguan psikiatrik lainnya (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara, 2024). Sebagian besar pasien di wilayah ini berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah, suatu kondisi yang meningkatkan tantangan dalam merawat karena pendamping pasien harus mengalokasikan waktu, tenaga, dan sumber daya finansial secara berkelanjutan (Hansen et al., 2014). Beban perawatan yang bersifat jangka panjang ini dapat menimbulkan distres psikologis, seperti stres, kecemasan, dan depresi, yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup pendamping (Caqueo-Urizar et al., 2009). Dalam konteks manajemen terapi, kondisi pasien dan pendamping saling memengaruhi karena keberlanjutan pengobatan, kepatuhan, dan pengambilan keputusan terapeutik sering bergantung pada kolaborasi di antara keduanya (Gleason et al., 2008).

Mengingat dampak signifikan penyakit kronis terhadap pasien dan pendamping, pengukuran kualitas hidup berbasis utilitas menjadi penting dalam evaluasi komprehensif kesejahteraan kedua kelompok. Kualitas hidup berbasis utilitas mengukur preferensi individu terhadap status kesehatannya dalam skala 0 (kematian) hingga 1 (kesehatan sempurna), yang merupakan komponen esensial

dalam analisis farmakoekonomi seperti cost-utility analysis dan perhitungan quality-adjusted life years (QALYs) untuk menilai efisiensi dan efektivitas biaya suatu intervensi kesehatan (Claassen et al., 2022). Dalam penelitian ini, kualitas hidup diukur menggunakan instrumen EQ-5D-5L yang telah banyak digunakan dan tervalidasi dalam berbagai populasi, termasuk pada pasien dengan gangguan jiwa. Selain itu, untuk menilai kepatuhan pengobatan pada pasien digunakan Medication Adherence Rating Scale (MARS-5), sedangkan distress psikologis pada pendamping pasien diukur menggunakan Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), yang merupakan instrumen skrining singkat untuk depresi dan kecemasan. Pemilihan instrumen-instrumen ini didasarkan pada validitas, reliabilitas, serta kemudahan penggunaannya dalam setting klinis.

Banyak faktor yang dapat berkontribusi terhadap rendahnya skor utilitas pada pasien maupun pendamping, seperti beban merawat pasien, tingkat kepatuhan minum obat pasien, kondisi ekonomi, dukungan sosial, tingkat keparahan gejala, serta distress psikologis (Peng et al., 2022). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa beban merawat yang tinggi berhubungan dengan penurunan kualitas hidup pendamping pada berbagai penyakit kronis (Liu et al., 2020), sementara kepatuhan pengobatan yang buruk berkorelasi dengan eksaserbasi gejala dan penurunan fungsi pasien skizofrenia (Rao et al., 2017). Namun, bukti empiris mengenai faktor-faktor yang memengaruhi utilitas pada kedua kelompok pasien dan pendamping pasien dalam konteks Indonesia masih terbatas. Pemahaman mengenai determinan penurunan utilitas ini penting dalam merancang strategi intervensi kesehatan yang lebih tepat sasaran dan berbasis bukti lokal.

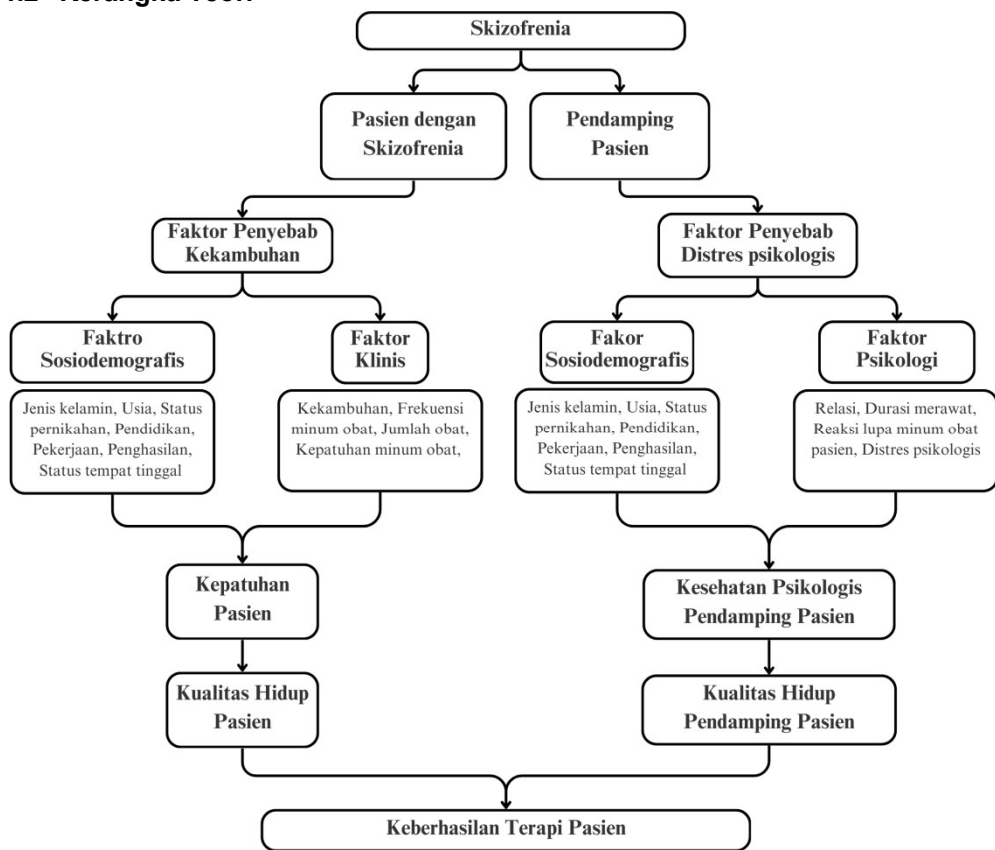
Farmasis memiliki peran strategis dalam optimalisasi terapi skizofrenia melalui, pemantauan kepatuhan, deteksi dan pengelolaan efek samping obat, serta edukasi pasien dan keluarga. Kepatuhan pengobatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor pasien seperti insight terhadap penyakit dan kompleksitas pengobatan, tetapi juga oleh kapasitas pendamping dalam memberikan dukungan pengawasan terapi (Jessica et al., 2021). Distres psikologis pendamping dapat menurunkan kemampuan mereka dalam memberikan dukungan emosional, mengawasi jadwal minum obat, mengenali tanda-tanda relaps atau efek samping, serta berkomunikasi efektif dengan tenaga kesehatan (Onwumere et al., 2020). Kondisi ini berdampak negatif pada kepatuhan pasien dan outcome terapi secara keseluruhan. Oleh karena itu, pemahaman terhadap kualitas hidup dan distress psikologis pendamping serta implikasinya terhadap kepatuhan pasien menjadi krusial dalam pengembangan model *family centered pharmaceutical care* yang lebih holistik dan komprehensif untuk pasien skizofrenia.

Bukti empiris mengenai perbandingan kualitas hidup berbasis utilitas antara pasien skizofrenia rawat jalan dan pendamping pasien dalam konteks pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia, khususnya di Provinsi Sulawesi Tenggara, masih sangat terbatas. Selain itu, faktor-faktor spesifik yang memengaruhi rendahnya skor

utilitas pada kedua kelompok belum teridentifikasi secara sistematis dalam populasi lokal. Lebih lanjut, hubungan antara distres psikologis pendamping dan kepatuhan minum obat pasien sebagai komponen penting dalam manajemen terapi belum banyak dikaji, padahal pemahaman terhadap dinamika ini memiliki implikasi langsung terhadap praktik farmasi klinis dan outcome terapi.

Penelitian ini bertujuan untuk menghitung dan membandingkan skor utilitas pasien skizofrenia rawat jalan dengan pendamping pasien, menginvestigasi faktor-faktor yang memengaruhi rendahnya skor utilitas pada kedua kelompok, serta menganalisis hubungan tingkat distres psikologis pendamping terhadap kepatuhan minum obat pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan baseline data mengenai utilitas pasien skizofrenia dan pendamping di Indonesia, mengidentifikasi determinan penurunan utilitas pada kedua kelompok, serta memberikan bukti empiris mengenai pentingnya *assessment* dan intervensi terhadap distres pendamping sebagai bagian dari *pharmaceutical care* yang komprehensif. Temuan ini dapat menjadi dasar pengembangan model pelayanan farmasi klinis yang lebih holistik dan berbasis keluarga untuk optimalisasi outcome terapi dan kualitas hidup pasien skizofrenia rawat jalan serta pendamping mereka.

1.2 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Hubungan Antara Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dan pendamping pasien terhadap Keberhasilan Terapi Pasien

1.3 Kerangka Konsep



Keterangan :

- Variabel Bebas : ○
- Variabel Terikat : ○
- Variabel Kontrol : ⬡

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian Hubungan antara Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dan Pendamping pasien terhadap Keberhasilan Terapi Pasien

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka didapatkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Apakah terdapat perbedaan skor utilitas antara pasien skizofrenia rawat jalan dan pendamping pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara?
2. Faktor-faktor apa yang memengaruhi rendahnya skor utilitas pada pasien dan pendamping pasien?
3. Apakah terdapat hubungan antara tingkat distres psikologis pendamping pasien dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia rawat jalan?

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Menilai kualitas hidup pasien skizofrenia rawat jalan dan pendamping pasien, sekaligus mengkaji faktor-faktor yang berkontribusi terhadap rendahnya skor utilitas keduanya, serta menguji keterkaitan antara tingkat distres psikologis pendamping pasien dan kepatuhan pengobatan pasien sebagai dasar peningkatan efektivitas terapi di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara

Tujuan Khusus

1. Menghitung dan membandingkan skor utilitas pasien skizofrenia dengan pendamping pasien
2. Menginvestigasi faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya skor utilitas pada kedua kelompok
3. Menganalisis hubungan tingkat distres psikologis pendamping pasien terhadap kepatuhan minum obat pasien

1.6 Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini antara lain :

Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu farmasi klinis dan kesehatan masyarakat, khususnya dalam pemahaman mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia dan pendamping pasien. Kajian ini juga menambah dasar ilmiah tentang peran distres psikologis pendamping pasien dalam mendukung keberhasilan terapi dan kesejahteraan pasien skizofrenia.
2. Hasil penelitian ini dapat memperkaya literatur mengenai keterkaitan antara distres psikologis, kepatuhan pengobatan, dan kualitas hidup dalam konteks penyakit kronis mental seperti skizofrenia.

Manfaat Praktis.

1. Informasi mengenai kualitas hidup dan kepatuhan pasien dapat menjadi dasar bagi tenaga kesehatan dalam merancang intervensi farmakoterapi dan psikososial yang lebih terarah serta berorientasi pada kebutuhan pasien.
2. Hasil penelitian mengenai tingkat distres psikologis dan kualitas hidup pendamping pasien dapat menjadi landasan pengembangan program pendampingan, edukasi, dan dukungan emosional bagi pendamping pasien sebagai bagian integral dari perawatan pasien skizofrenia.
3. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman serta komunikasi antara pasien, pendamping pasien, dan tenaga kesehatan dalam mendukung keberlanjutan terapi, peningkatan kepatuhan pengobatan, dan perbaikan kualitas hidup bersama.

BAB II METODOLOGI PENELITIAN

2.1 Definisi Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*, yang merupakan studi observasional dengan menganalisis data dari populasi pada satu periode tertentu tanpa mengikuti perkembangan individu dari waktu ke waktu. Metode ini sering dipakai untuk mengukur prevalensi hasil kesehatan, memahami faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan, serta menggambarkan karakteristik populasi.

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Mei hingga bulan Juli 2025.

2.3 Partisipan Penelitian

2.3.1 Kriteria Partisipan

Penelitian ini menggunakan pendekatan sampling *non-probabilitas*, yang merupakan metode yang umum diterapkan dalam studi klinis dan populasi (Stratton, 2021). Partisipan yang terlibat terdiri dari pasien skizofrenia yang telah mendapatkan diagnosis resmi dari psikiater, dengan kondisi distres psikologis yang stabil dan sedang dalam fase pengobatan lanjutan secara teratur. Selain pasien, seseorang yang secara aktif mendampingi pasien selama proses terapi juga dilibatkan dalam penelitian ini. Kriteria inklusi dan eksklusi partisipan akan dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

❖ Kriteria Pasien

- a. Berusia lebih dari 18 tahun
- b. Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara
- c. Bersedia bekerja sama serta mampu berkomunikasi dengan baik
- d. Partipan yang dapat membaca dengan baik

❖ Kriteria Pendamping Pasien

- a. Berusia lebih dari 18 tahun
- b. Tinggal bersama pasien
- c. Menjadi pendamping pasien selama pemeriksaan rutin.
- d. Mampu berkomunikasi dengan baik
- e. Partipan yang dapat membaca dengan baik

2. Kriteria Eksklusi

- a. Tidak melengkapi instrumen penelitian secara menyeluruh.

2.3.2 Besaran Partisipan

Untuk menentukan besarnya jumlah minimum partisipan, kami menggunakan rumus Isaac dan Michael dengan uraian rumus sebagai berikut:

$$S = \frac{\lambda^2 x N x P (1 - P)}{d^2 x (N - 1) + \lambda^2 x P x (1 - P)}$$

Keterangan

S : Jumlah sampel

Λ : Chi Kuadrat nilainya tergantung pada besaran kebebasan dan tingkat kesalahan

N : Jumlah populasi

P : Peluang kesalahan(0,5)

d : Perbedaan antara rata-rata sampel dengan rata-rata populasi

Hasil dari perhitungan menggunakan rumus di atas kemudian disesuaikan dengan tabel penentuan jumlah sampel yang ditetapkan oleh Isaac dan Michael, maka didapatkan jumlah minimum partisipan dalam penelitian ini sebanyak 266 partisipan dengan taraf toleransi error sebesar 5%.

Berikut merupakan penjabaran untuk perhitungan sampel pada penelitian ini :

$$S = \frac{\lambda^2 x N x P (1 - P)}{d^2 x (N - 1) + \lambda^2 x P x (1 - P)}$$

$$S = \frac{3,841^2 x 652 x 0,5 (1 - 0,5)}{(0,05)^2 x (652 - 1) + 3,841^2 x 0,5 x (1 - 0,5)}$$

$$S = \frac{3,841^2 x 652 x 0,5 x (0,5)}{(0,025) x (651) + 3,841^2 x 0,5 x (0,5)}$$

$$S = \frac{626,273}{2,589} = 242$$

$$S = 242 \sim 248$$

2.4 Instrumen Penelitian

2.4.1 EQ-5D

EQ-5D-5L adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur status kesehatan individu. Instrumen ini merupakan pengembangan dari versi sebelumnya, EQ-5D-3L, dengan peningkatan sensitivitas dalam pengukuran status kesehatan. Salah satu perbedaan utama adalah adanya penambahan jumlah level dalam setiap dimensi, yang meningkatkan ketepatan dalam menangkap variasi kondisi kesehatan individu. Selain itu, pada dimensi mobilitas, deskripsi yang sebelumnya berbunyi "saya terbatas pada tempat tidur" telah diperbarui menjadi "saya tidak dapat berjalan," sehingga lebih akurat dalam merepresentasikan keterbatasan mobilitas seseorang.

EQ-5D-5L terdiri atas tiga halaman. Halaman pertama berisi judul instrumen, halaman kedua berisi sistem deskriptif yang menggambarkan kondisi kesehatan berdasarkan lima dimensi utama dan halaman ketiga berisi *Visual Analogue Scale* (VAS) yang digunakan untuk mengukur persepsi subjektif terhadap kondisi kesehatan (Lampiran 1). EQ-5D-5L mengukur status kesehatan berdasarkan lima dimensi utama, yaitu:

- Mobilitas (Mobility)
- Perawatan Diri (Self-care)
- Aktivitas Sehari-hari (Usual Activities)
- Nyeri/Ketidaknyamanan (Pain/Discomfort)
- Kecemasan/Depresi (Anxiety/Depression)

Setiap dimensi memiliki lima tingkat respon yang mencerminkan tingkat keparahan masalah kesehatan, yaitu:

- Tidak ada masalah
- Masalah ringan
- Masalah sedang
- Masalah berat
- Masalah sangat berat

Respon dari partisipan kemudian dikonversi menjadi angka, misalnya, jika seseorang memiliki sedikit masalah dalam berjalan, maka akan dikodekan sebagai angka 2 pada dimensi mobilitas. Kombinasi dari lima dimensi tersebut menghasilkan kode tertentu, misalnya "21111" menunjukkan bahwa partisipan mengalami sedikit masalah pada mobilitas tetapi tidak mengalami masalah pada dimensi lainnya.

Pada halaman ketiga EQ-5D-5L terdapat komponen EQ VAS. EQ VAS digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap kesehatannya secara keseluruhan menggunakan skala analog vertikal dengan rentang angka 0 hingga 100. Angka 100 menunjukkan kondisi kesehatan terbaik yang dapat dibayangkan oleh individu, sedangkan angka 0 menunjukkan kondisi kesehatan terburuk yang dapat dibayangkan. Dengan adanya skala ini, EQ-5D-5L memungkinkan penilaian yang lebih komprehensif terhadap kualitas hidup individu berdasarkan persepsi subjektif mereka (EuroQol Group, 2019)

2.4.2 MARS-5

Medication Adherence Report Scale (MARS-5) adalah kuesioner yang dirancang untuk menilai tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang diresepkan. MARS-5 berfokus pada pengukuran perilaku non-kepatuhan baik yang disengaja maupun tidak disengaja (Chan et al., 2020).

Aspek kepatuhan yang diukur menggunakan MARS-5 berfokus pada perilaku yang mencerminkan sejauh mana kepatuhan minum obat pasien yang diresepkan dalam kehidupan sehari-hari. Instrumen ini mengevaluasi dua dimensi utama non-kepatuhan, yaitu non-kepatuhan tidak disengaja (Item 1) dan non-kepatuhan disengaja (Item 2-item 5) (Spetz et al., 2024). MARS-5 terdiri dari lima item yang mengevaluasi perilaku non-kepatuhan umum seperti lupa minum obat, mengubah dosis, menghentikan pengobatan sementara, melewatkan dosis, dan menggunakan obat dalam jumlah yang lebih sedikit dari yang diresepkan. Setiap item dinilai menggunakan skala Likert 5 poin, di mana 1 = selalu dan 5 = tidak pernah, sehingga skor total berkisar antara 5 hingga 25. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik. Instrumen ini telah menunjukkan sifat psikometrik yang baik di berbagai kondisi klinis (Lekic et al., 2021). Instrumen MARS-5 terlampir pada Lampiran 4.

MARS-5, dalam praktik klinis digunakan karena kesederhanaannya, biaya yang rendah, dan kemampuannya untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami non-kepatuhan. Instrumen ini sangat berguna dalam perawatan rutin maupun penelitian untuk memantau kepatuhan pada kondisi kronis dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang bertujuan meningkatkan perilaku minum obat.

Meskipun MARS-5 telah tervalidasi dalam bahasa Indonesia oleh Octavia (2024) dan digunakan pada berbagai populasi pasien kronis, belum terdapat laporan validasi spesifik pada konteks budaya Sulawesi Tenggara. Sebelum proses pengumpulan data, peneliti melakukan uji *face validity* untuk memastikan kesesuaian redaksi item dengan konteks lokal. Proses ini dilakukan dengan menelaah potensi kata atau frasa ambigu dalam MARS-5, misalnya pada istilah yang berkaitan dengan “mengubah dosis,” “menghentikan sementara,” atau “mengurangi penggunaan obat,” agar dapat dipahami secara seragam oleh partisipan. Peneliti berharap penelitian selanjutnya perlu mempertimbangkan kemungkinan pengaruh faktor sosial budaya lokal terhadap respons pasien.

2.4.3 PHQ 4

PHQ-4 dikembangkan oleh Kroenke, Spitzer, Williams, dan Löwe pada tahun 2009 sebagai respons terhadap tingginya prevalensi kecemasan dan depresi, termasuk di kalangan pendamping pasien skizofrenia. Kedua gangguan ini sering muncul bersamaan (komorbiditas), dan karena sifat dari gangguan suasana hati ini, mengisi kuesioner panjang bisa menjadi tantangan, terutama jika pendamping pasien mengalami kelelahan atau kesulitan berkonsentrasi akibat stres dalam merawat pasien. Versi bahasa Indonesiannya telah divalidasi oleh Wicaksana et al., (2021), yang menunjukkan bahwa PHQ-4 memiliki reliabilitas dan validitas yang baik untuk digunakan dalam populasi Indonesia.

PHQ-4 terdiri dari empat pertanyaan dengan skala Likert empat poin, yang dirancang untuk menilai gejala inti kecemasan dan depresi secara singkat namun akurat. Kuesioner ini menggabungkan dua item dari PHQ-2 yang berfokus pada depresi dan dua item dari GAD-2 yang berfokus pada kecemasan. Skor total PHQ-4 memberikan gambaran beban gejala yang dialami, termasuk dampaknya pada fungsi dan kemampuan sehari-hari. Meskipun skor tinggi pada PHQ-4 tidak langsung mendiagnosis gangguan klinis, hal ini menjadi sinyal penting bagi pendamping pasien untuk mencari penilaian lebih lanjut terkait kemungkinan gangguan yang memerlukan perawatan (Löwe et al., 2010).

2.5 Definisi Operasional

Berikut adalah tabel definisi operasional pada proposal penelitian ini :

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel dalam Penelitian Hubungan antara Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dan Pendamping Pasien terhadap Keberhasilan Terapi Pasien

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
1.	<i>Anxiety or Depression</i> (Kecemasan/Depresi)	Tingkat kecemasan atau depresi yang dirasakan pasien dalam kehidupan sehari-hari.	PHQ-4	Skala Likert 5 poin (EQ-5D-5L), 4 poin (PHQ-4)	Mengukur dampak emosional dari penyakit terhadap kesejahteraan psikologis pasien dan pendamping pasien.
2.	Caregiver atau Pendamping Pasien	Individu yang memiliki hubungan keluarga atau relasi personal dekat dengan pasien skizofrenia rawat jalan, yang secara rutin mendampingi dan terlibat dalam perawatan sehari-hari pasien, termasuk pengawasan pengobatan dan pemenuhan kebutuhan dasar, serta bukan tenaga	Kuesioner Demografi	Data kategorik	Caregiver informal (non-profesional) yang telah mendampingi pasien dan berpartisipasi dalam pengisian kuesioner penelitian.

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
		kesehatan atau aparat yang bertugas secara administratif.			
3.	Distres psikologis	Keadaan emosional negatif yang dialami pendamping pasien skizofrenia, meliputi gejala kecemasan dan depresi yang muncul akibat tekanan psikologis dalam merawat pasien secara terus-menerus.	PHQ-4	Skala Likert 4 poin (PHQ-4),	Mengukur dampak psikologis pada pendamping pasien
4.	Kepatuhan Pengobatan	Tingkat kepatuhan minum obat pasien terhadap pengobatan yang dijalani.	MARS-5	Skala Likert 5 poin	Total Skor ≥ 21 maka dikatakan patuh menurut hasiltes MARS-5
5.	Kualitas Hidup	Tingkat kualitas hidup pasien berdasarkan dimensi mobilitas, perawatan diri, aktivitas harian, nyeri/ketidaknyamanan, dan kecemasan/depresi.	EQ-5D-5L, S-QoL 18	Skala Likert 5 poin (EQ-5D-5L), 0-100 (S-QoL 18)	Diukur dari perspektif pasien menggunakan instrumen khusus skizofrenia.
6.	Mobilitas	Kemampuan pasien dalam bergerak atau berjalan tanpa bantuan, yang merupakan salah satu dimensi dalam penilaian kualitas hidup.	EQ-5D-5L	Skala Likert 5 poin	Semakin tinggi tingkat kesulitan, semakin rendah kualitas hidup pasien.

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
7.	<i>Pain or Discomfort</i> (Nyeri/Ketidaknyamanan)	Tingkat nyeri fisik atau ketidaknyamanan yang dirasakan pasien dalam kehidupan sehari-hari.	EQ-5D-5L	Skala Likert 5 poin	Mengukur dampak fisik dari penyakit terhadap kenyamanan pasien dalam beraktivitas.
8.	PANSS (<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>)	Skala yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan gejala positif, negatif, dan umum pada pasien skizofrenia.	PANSS	Skala 1-7 untuk setiap item	Skor PANSS EC < 58 menunjukkan kondisi pasien stabil dan dapat diikuti dalam penelitian.
9.	Pasien Skizofrenia	Individu yang terdaftar sebagai pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara, diagnosis skizofrenia menurut rekam medis, berusia >18 tahun, mampu berkomunikasi dan membaca, serta bersedia memberi persetujuan (informed consent).	Wawancara langsung dengan pasien	Nominal	Kriteria inklusi: >18 tahun; pasien rawat jalan RSJ Prov. Sulawesi Tenggara; mampu berkomunikasi dan membaca; bersedia bekerja sama. Kriteria eksklusi (jika ada): mis. episode akut yang menghalangi wawancara, gangguan kognitif berat—sebutkan jika diterapkan

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
10.	Penyakit Kejiwaan	Mencakup berbagai kondisi kesehatan yang ditandai oleh perubahan signifikan dalam pola pikir, suasana perasaan, atau perilaku. Perubahan tersebut sering kali berkaitan dengan distress (tekanan psikologis) serta gangguan dalam fungsi kehidupan sehari-hari. Selain skizofrenia (misalnya gangguan bipolar, depresi mayor, dan gangguan kecemasan)	Rekam medis pasien	Nominal (Ya/Tidak)	Digunakan sebagai pembanding dan kriteria eksklusi
10.	<i>Self-Care</i> (Perawatan Diri)	Kemampuan pasien untuk mandi, berpakaian, dan merawat diri tanpa bantuan.	EQ-5D-5L	Skala Likert 5 poin	Menilai sejauh mana pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.
11.	Skizofrenia	Gangguan mental kronis yang ditandai dengan distorsi persepsi realitas, perubahan pola pikir, emosi, dan perilaku yang signifikan.	Diagnosis Psikiater, PANSS	Skala PANSS EC	Pasien yang terlibat memiliki skor PANSS EC < 58, menandakan kondisi stabil untuk penelitian.

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
12.	<i>Usual Activities</i> (Aktivitas Sehari-har)	Kemampuan pasien untuk menjalani aktivitas rutin seperti bekerja, belajar, mengurus rumah tangga, atau rekreasi.	EQ-5D-5L	Skala Likert 5 poin	Mengukur keterbatasan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan.
13.	<i>Utility Score</i>	Skor utilitas yang mencerminkan status kesehatan umum berdasarkan persepsi subjektif pasien dan pendamping pasien.	EQ-5D-5L	0-100 (Visual Analogue Scale - VAS)	Semakin tinggi skor, semakin baik kualitas hidup yang dirasakan.
14.	Jumlah Obat	Total seluruh obat dan/atau suplemen yang dikonsumsi rutin oleh pasien pada saat pengambilan data, termasuk antipsikotik dan suplemen.	Kuesioner Demografi	Rasio (angka absolut)	Dicatat dalam bentuk angka (2-3 atau 4).
15.	Penghasilan perbulan	Total pendapatan rata-rata yang diterima responden dalam satu bulan terakhir dan dihitung dalam rupiah.	Wawancara dan Kuesioner Demografi	Nominal (dikategorikan berdasarkan UMR Rp2.600.000).	< UMR = Rp2.600.000 ≥ UMR = Rp2.600.000

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
16.	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal tertinggi yang telah diselesaikan oleh responden berdasarkan klasifikasi International Standard Classification of Education (ISCED) 2011.	Kuesioner Demografi	Ordinal	• Pendidikan rendah: SD–SMP (setara ISCED level 0–2) • Pendidikan menengah: SMA/SMK–D3 (setara ISCED level 3–5) • Pendidikan tinggi: S1, S2, S3 (setara ISCED level 6–8)
17.	Kekambuhan	Perburukan gejala skizofrenia dalam 12 bulan terakhir yang ditandai dengan peningkatan gejala positif (misalnya halusinasi atau waham) berdasarkan konfirmasi pasien dan/atau caregiver.	Wawancara dan Kuisisioner demografi		
18.	Hubungan caregiver dengan pasien	Status hubungan kekerabatan antara caregiver dan pasien skizofrenia rawat jalan berdasarkan pengakuan responden saat wawancara.	Wawancara dan Kuisisioner demografi	Nominal	• Keluarga inti: Orang tua, pasangan (suami/istri), dan anak kandung pasien. • Bukan keluarga inti: Saudara kandung, paman, bibi, sepupu, ipar, kakek/nenek,

No.	Variabel	Definisi Operasional	Sumber Data	Skala	Keterangan
					tetangga, atau kerabat lainnya yang berperan sebagai caregiver.

2.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah ditinjau dan disetujui oleh Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara (No. 445/1845; 7 Mei 2025) dan penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin (No. 2661/UN.4.1.23/KP.06.05/2025; 20 September 2025). Serta izin dari Badan Riset Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara (No. 070/1560/V/2025; 7 Mei 2025).

1. Sebelum pengumpulan data, peneliti melakukan koordinasi dengan dokter dan perawat yang memberikan layanan kepada calon partisipan.
2. Peneliti membagikan instrumen penelitian kepada perawat yang akan menjadi partisipan dari tenaga kesehatan.
3. Pasien diminta untuk mengonfirmasi identitasnya terlebih dahulu. Setelah itu, peneliti atau perawat memberikan *verbal informed consent* kepada calon partisipan.
4. Calon partisipan, termasuk pendamping pasien yang bersedia berpartisipasi, diarahkan untuk menemui peneliti.
5. Peneliti kembali mengonfirmasi kesediaan calon partisipan dan memberikan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian, termasuk kesempatan untuk mengajukan pertanyaan.
6. Calon partisipan yang setuju untuk berpartisipasi menandatangani *written informed consent* dan secara resmi menjadi partisipan penelitian.
7. Pasien mengisi EQ-5D-5L, MARS-5 dan pendamping pasien mengisi EQ-5D-5L dan PHQ-4.
8. Data penelitian dimasukkan dan didokumentasikan sesuai dengan prosedur penelitian.
9. Jika partisipan menyetujui, foto dokumentasi proses pengumpulan data dapat diambil.
10. Setelah data terkumpul, dilakukan analisis untuk menginterpretasikan hasil penelitian sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.
11. Analisis data dan interpretasi hasil penelitian.

2.7 Analisis Data

Penelitian ini berfokus pada kualitas hidup pasien skizofrenia rawat jalan dan pendamping pasien, serta hubungan antara distres psikologis pendamping pasien dan kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia. Analisis data dilakukan untuk menggambarkan karakteristik partisipan, menilai hubungan antarvariabel utama, dan mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pasien. Seluruh proses analisis dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak SPSS versi 26 dan pembuatan visual menggunakan Graphpad.

2.7.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk memberikan gambaran umum mengenai karakteristik pasien dan pendamping pasien. Karakteristik sosiodemografis pasien yang dianalisis meliputi jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan per bulan, dan status tempat tinggal. Selain itu, kondisi klinis pasien juga dianalisis, yang mencakup durasi menderita skizofrenia, jumlah kekambuhan dalam setahun, frekuensi minum obat, jumlah obat yang dikonsumsi, dan tingkat kepatuhan pengobatan.

Karakteristik sosiodemografis pendamping pasien yang dianalisis meliputi jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan per bulan, dan status tempat tinggal. Kondisi psikologis dan karakteristik pengasuhan pendamping pasien meliputi hubungan dengan pasien, waktu yang digunakan untuk mengasuh, reaksi pasien ketika lupa minum obat, respon pendamping pasien terhadap kondisi tersebut, serta tingkat distres psikologis yang dialami oleh pendamping pasien..

Data kategori disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase, sedangkan data numerik disajikan dalam bentuk nilai rata-rata, simpangan baku, dan rentang nilai. Distres psikologis pendamping pasien dikategorikan menjadi bergejala dan tidak bergejala. Perbedaan tingkat distres psikologis berdasarkan karakteristik sosiodemografis dianalisis menggunakan uji nonparametrik Mann–Whitney untuk dua kategori dan Kruskal–Wallis untuk tiga kategori.

2.7.2 Analisis Kualitas Hidup Pasien dan Pendamping Pasien

Analisis ini dilakukan untuk menjawab rumusan masalah pertama dan ketiga, yaitu mengenai nilai utilitas serta hubungan antara kualitas hidup pasien dan pendamping pasien. Nilai utilitas dan skor kualitas hidup pasien serta pendamping pasien dihitung berdasarkan hasil pengukuran yang diperoleh dari instrumen penelitian. Hasil pengukuran disajikan dalam bentuk rata-rata, simpangan baku, dan rentang nilai untuk masing-masing kelompok.

Untuk menilai perbedaan kualitas hidup antara pasien dan pendamping pasien digunakan uji nonparametrik Mann–Whitney untuk dua kategori dan Kruskal–Wallis untuk tiga kategori. Selain perbandingan, dilakukan pula analisis korelasi Spearman

untuk menilai hubungan antara kepatuhan pasien dan distres psikologis pendamping pasien. Skor kualitas hidup spesifik pasien skizofrenia dianalisis secara terpisah untuk menggambarkan dimensi kesejahteraan yang paling terpengaruh.

2.7.3 Hubungan Distres Psikologis Pendamping Pasien dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien

Analisis ini dilakukan untuk menjawab rumusan masalah kedua, yaitu hubungan antara distres psikologis pendamping pasien dan kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia rawat jalan. Hubungan antara tingkat distres psikologis pendamping pasien dan kepatuhan pengobatan pasien diuji menggunakan korelasi Spearman.

Selain itu, dilakukan analisis perbedaan tingkat kepatuhan pengobatan pasien berdasarkan kategori distres psikologis pendamping pasien, yaitu bergejala dan tidak bergejala. Perbedaan ini menggunakan uji Kruskal–Wallis apabila data tidak memenuhi asumsi tersebut.

2.7.4 Analisis Multivariat Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan

Analisis multivariat digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia rawat jalan. Regresi linear berganda digunakan dengan skor kepatuhan pengobatan pasien sebagai variabel dependen, sedangkan distres psikologis pendamping pasien, variabel sosiodemografis, dan variabel klinis pasien sebagai variabel independen. Variabel yang dimasukkan dalam model regresi dipilih berdasarkan hasil analisis bivariat ($p < 0,05$) dan pertimbangan teori yang relevan.

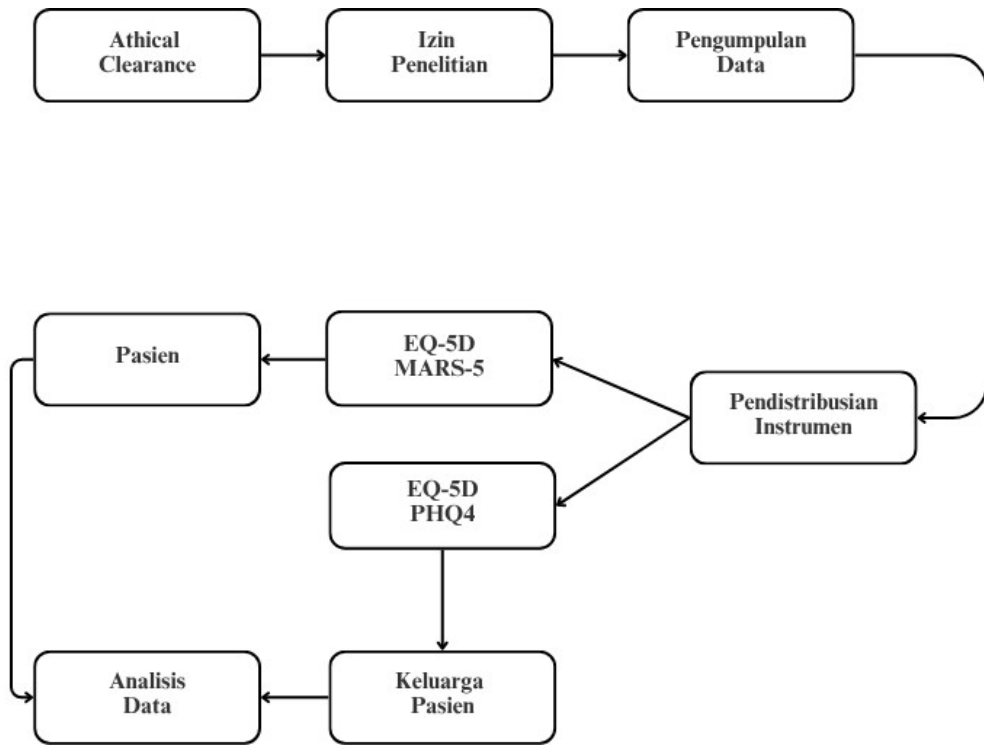
2.7.5 Uji Asumsi Statistik

Sebelum dilakukan analisis inferensial, dilakukan beberapa uji asumsi statistik untuk memastikan kelayakan data. Uji normalitas dilakukan menggunakan uji Shapiro–Wilk, sedangkan uji homogenitas varians dilakukan dengan Levene's test. Pada analisis regresi linear, uji multikolinearitas dilakukan dengan melihat nilai Variance Inflation Factor (VIF), di mana nilai $VIF < 10$ menunjukkan tidak adanya multikolinearitas antarvariabel independen. Taraf signifikansi yang digunakan dalam seluruh analisis adalah $\alpha = 0,05$.

2.7.6 Penyajian Hasil Analisis

Hasil analisis data disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Data deskriptif disajikan dalam tabel distribusi frekuensi untuk variabel kategori dan dalam bentuk rata-rata serta simpangan baku untuk variabel numerik. Hasil uji perbandingan, korelasi, dan regresi disajikan dalam tabel analitik, disertai dengan interpretasi hasil dan penjelasan mengenai implikasinya terhadap rumusan masalah serta tujuan penelitian.

2.8 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian Hubungan antara Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia dan pendamping pasien terhadap Keberhasilan Terapi Pasien